

NEURALGIA DEL OBTURADOR

El **dolor crónico** persistente de la ingle y el musculo puede ser un problema difícil de evaluar.

Los **Nervios Iliohipogástrico, Ilioinguinal y Genitofemoral** es bien conocida y ha sido bien documentada, **sin embargo**, la afectación del **Nervio Obturador** rara vez participa de los problemas de la cirugía y poco conocida, pero su diagnóstico y tratamiento pueden ser complejos.



NEURALGIA DEL OBTURADOR

El **diagnóstico de la Neuralgia del Obturador** es clínico. La electromiografía y el bloque nervioso local con anestesia de corta duración pueden apoyar la sospecha clínica.

El tratamiento quirúrgico debe considerarse como la única solución definitiva, pero puede ser controvertido en cuanto al mejor abordaje para localizar la lesión.

El **objetivo** de este trabajo es presentar un nuevo abordaje combinado para trata la **Neuralgia del Obturador** en su trayecto extraperitoneal e intermuscular en un paciente con cirugía previa.

Caso clínico

Varón de 31 años de edad, futbolista profesional, con dolor inguinal irradiado al muslo desde 2011.

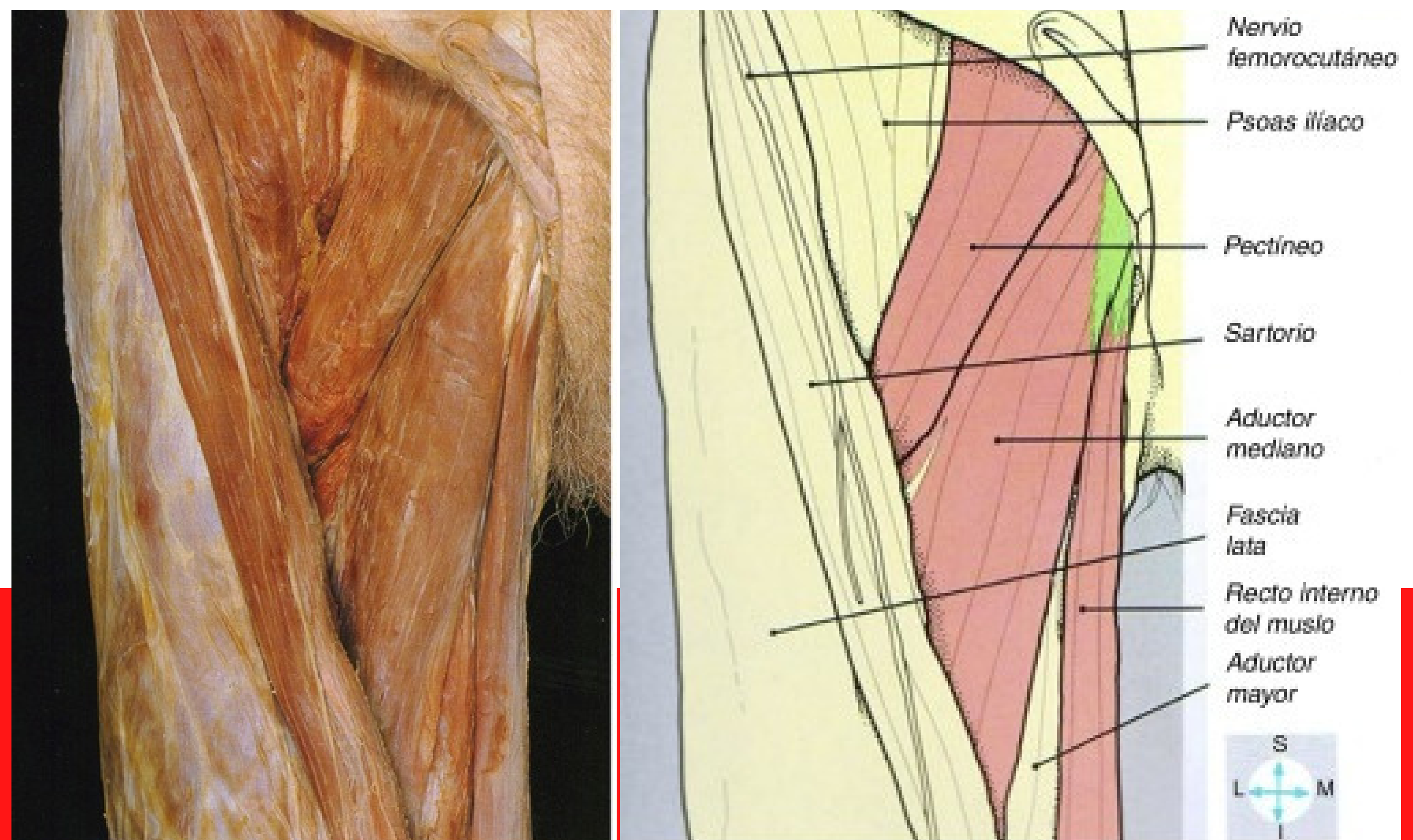
Tras valoración por trauma y cirugía, se le diagnosticó osteopatía del pubis y hernia inguinal derecha. Se le operó mediante malla de tipo tapón y desde entonces el dolor empeoró.

Dado que los síntomas empeoraron se le realizó una exploración laparoscópica TEP para tratar el **Nervio Genitofemoral** y valorar el trayecto pélvico del **Nervio Obturador** hasta el canal.

Se liberó un segmento amplio que atrapaba el **Nervio Genitofemoral** dada la inflamación derivada de la malla en el anillo inguinal profundo y se le realizó una descompresión fascial del **Nervio Obturador**.

El paciente no presentó complicaciones y fue dado de alta a las 24h. A los 6 meses permanece **sin dolor**, no necesita tratamiento analgésico y realiza ejercicio con normalidad.

Es un **nervio mixto** que tiene su origen en los ramos ventrales del **Plexo Lumbar** L2-L4 (principalmente L3).



Las fibras se reúnen en el **Músculo Psoas** y descienden y emergen por su borde medial cerca de la Cresta Ilíaca.

Junto con la arteria y vena obturatriz forma un **paquete** que atraviesa el canal obturador.

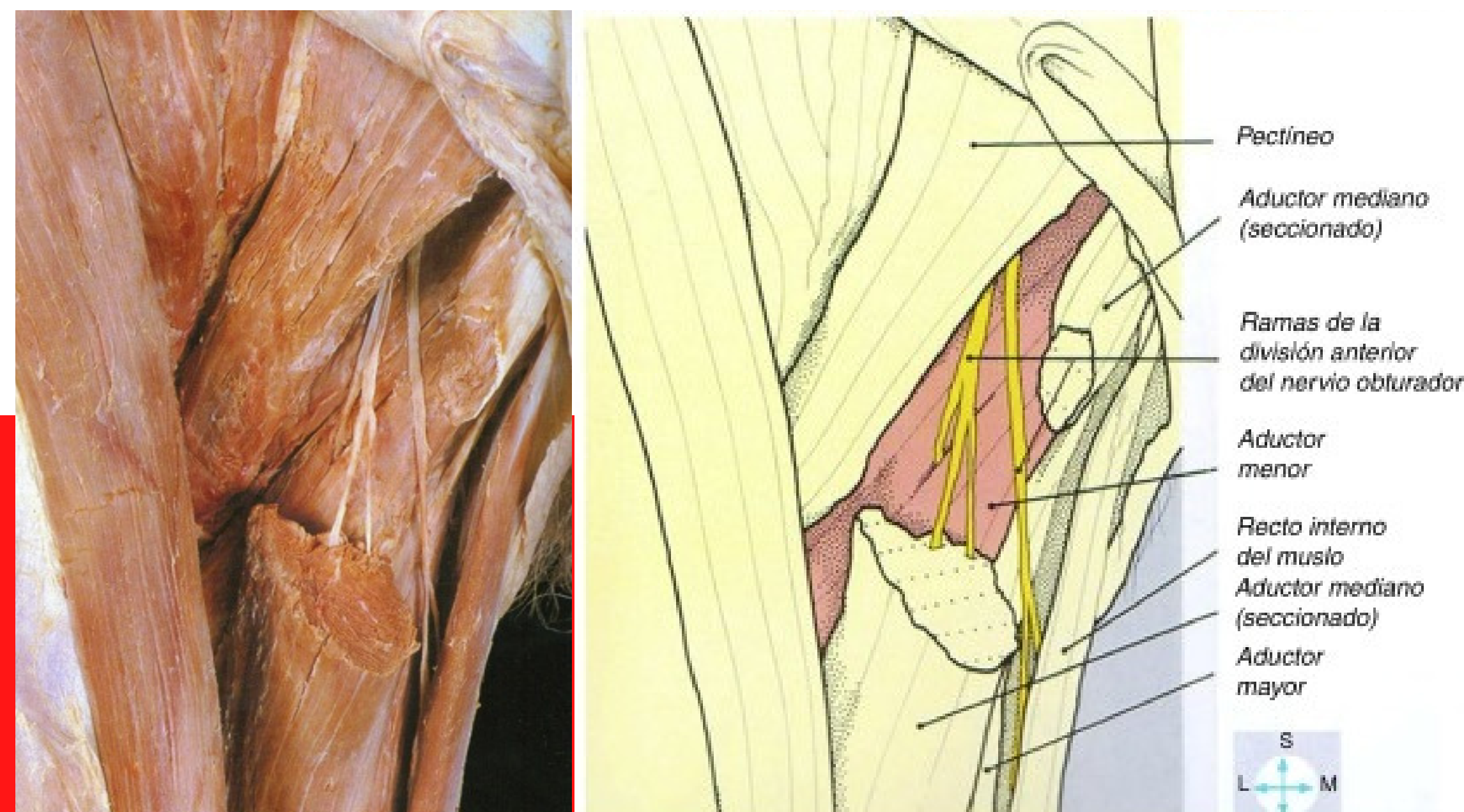
Antes de entrar en el canal se divide en **3 ramas**. Una para la arteria del obturador, otra periostal y una tercera para el Músculo Obturador Externo, y entonces se divide en 2 ramas terminales principales (**existe muchas variabilidad anatómica**).

Rama Anterior del Nervio Obturador

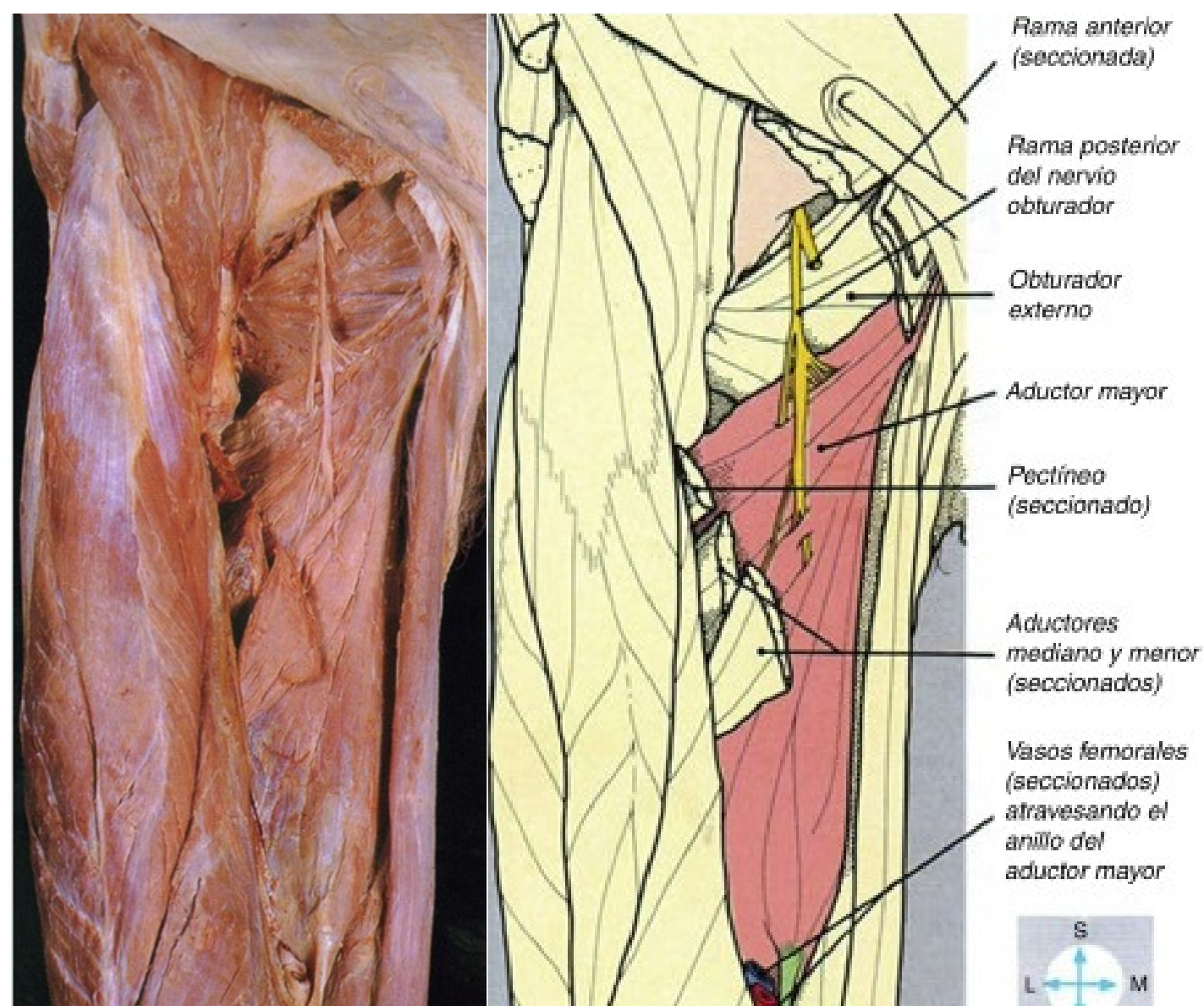
La rama anterior inerva los **Músculos Obturador Externo, Aductor Corto y Abductor Largo.**

Ofrece una **rama articular** para la cadera y una **rama cutánea** para la sensibilidad del tercio medio de la región femoral interna.

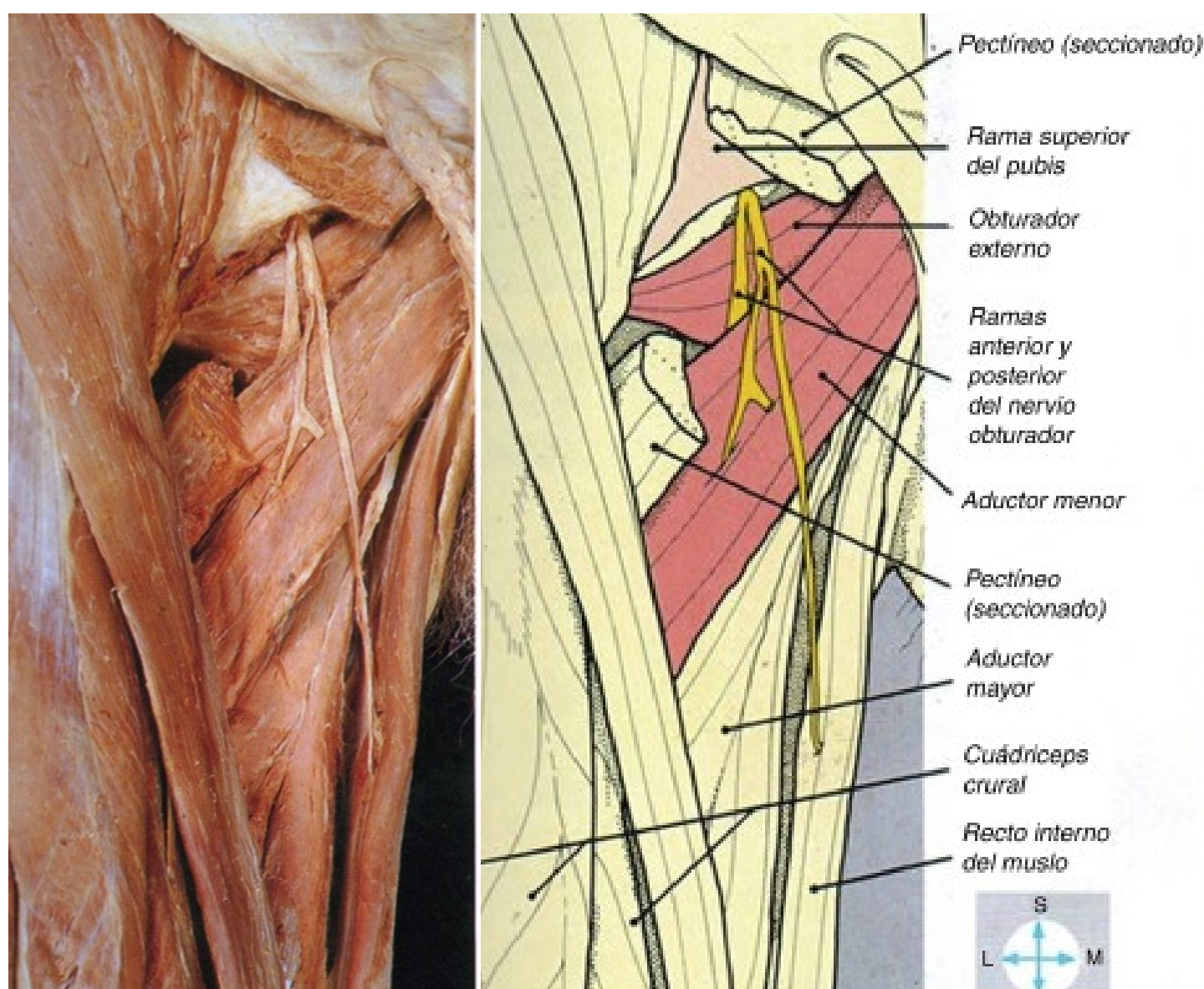
En algunas ocasiones puede alcanzar la fascia profunda de la cara medial de la rodilla, junto al **Nervio Safeno.**



Rama Posterior del Nervio Obturador

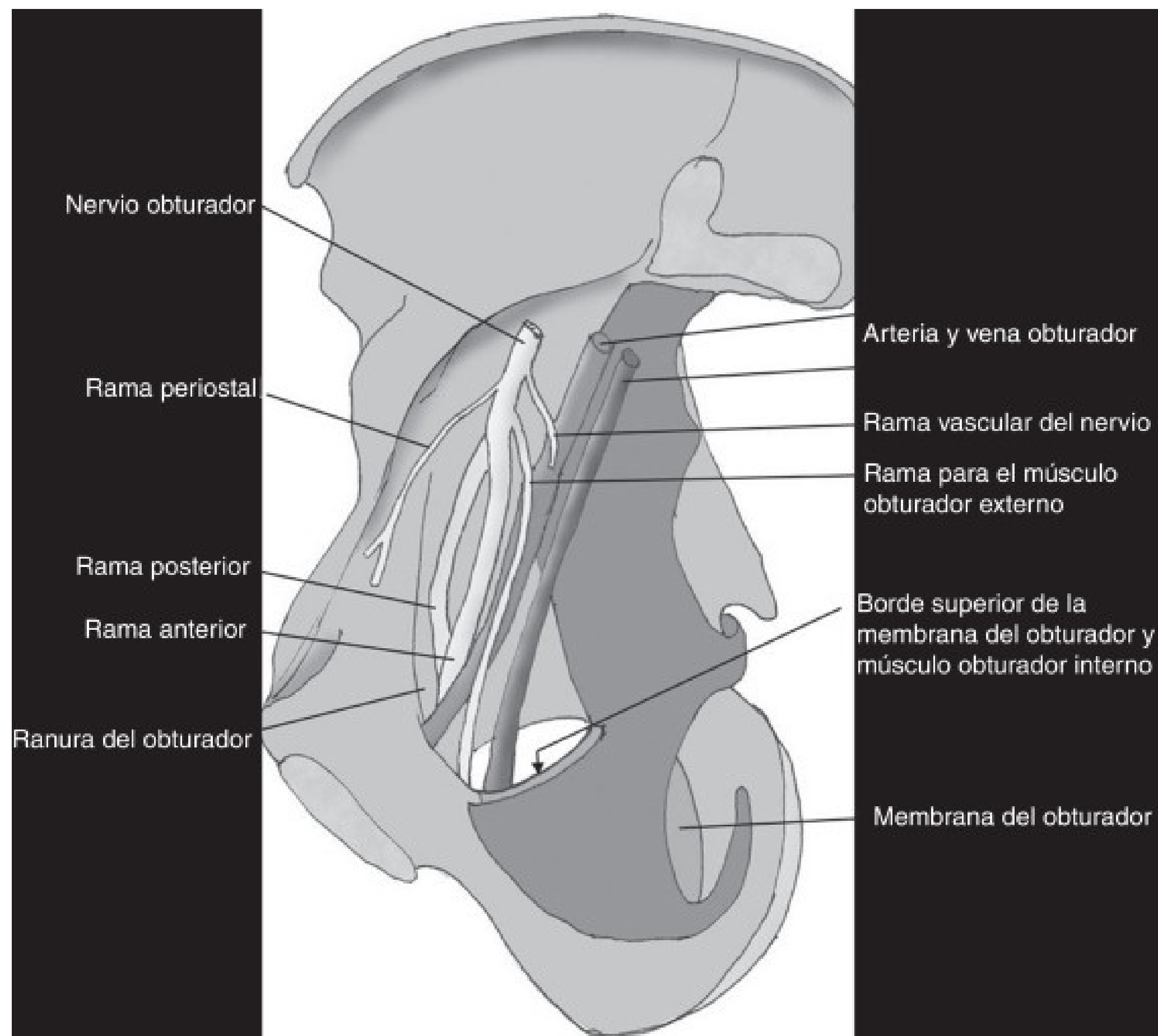


La rama posterior inerva los **Músculos Obturador Externo y Aductor Mayor**.



Puede dar una **rama sensitiva** para la articulación de la **rodilla**: capsula articular, ligamentos cruzados y membrana sinovial.

Canal Obturador



En la **parte superior** está delimitado por la rama horizontal del pubis.

En la **parte inferior**, por el isquión y superior del pubis.

En la **parte posterior**, por la rama isquiática inferior.

Su apertura está cerrada por una membrana fibrosa que conecta con los **Músculos Obturador Interno y Externo**.

Modelo Miofascial Región Medial Muslo

Los Músculos del compartimento medially del muslo se disponen en 3 capas:

- 1- **Superficial**, Músculos Pectíneo y Aductor Mediano.
- 2- **Media**, Músculo Aductor Menor
- 3- **Profunda**, Músculos Aductor Mayor y Obturador Externo.

Cada plano está separado por una capa fascial definida.

Como **conclusión** de esta revisión se establece:

- 1- La mejor forma de profilaxis es el recuerdo de la **anatomía topográfica** previo a cualquier cirugía sobre la pelvis.
- 2- Se recomienda la realización del manejo desde una **pared abdominal**.
- 3- El estudio **electromiográfico** puede confirmar la sospecha clínica.
- 4- El planteamiento terapéutico de estos pacientes debe ser *diseñado a medida*.
- 5- El abordaje del **compartimento aductor no** es suficiente para una valoración integral del nervio.